

自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1													
障害者・児	フリガナ							年齢	歳	生 年 月 日			
	受診者氏名									大正 昭和 平成 令和 年 月 日			
	フリガナ							電話番号					
	受診者住所												
	個人番号												
受診者が18才未満の場合	フリガナ							受診者との関係					
	保護者氏名												
	フリガナ							電話番号※2					
	保護者住所※2												
保護者個人番号													
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号					保険種別※3			保険者名				
	受診者と同一保険の加入者氏名・個人番号												
		()		()		()		()		()			
	該当する所得区分※4	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上							重度かつ継続※4	該 当 ・ 非該当			
精神障害者保健福祉手帳番号						手帳有効期限							
受信を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	医療機関	医 療 機 関 名						所 在 地 ・ 電 話 番 号					
	薬 局												
	その他（訪問看護事業者等）												
受給者番号 ※5								受給者証有効期限					
治療方針の変更※6		有 ・ 無						診 断 書 の 添 付 ※6、※7		有 ・ 無			
県審査用	私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。												
	申請者氏名												
	令和 年 月 日												
長崎県知事 様													

① ※1 新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに□囲み、又は○をする。
※2 受診者本人と異なる場合に記入。
※3 健保（本人・家族）、国保（一般・退職本人・退職家族）、共済（本人・家族）、老保などの種類を記入。
※4 該当すると思う区分に□囲み、又は○をする。
※5 再認定または変更の方のみ記入。
※6 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
※7 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

自治体記入欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上			重度かつ継続	該 当 ・ 非該当
今回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上			重度かつ継続	該 当 ・ 非該当
所得確認方法	個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類（ ）				
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
診断書の提出	医療用(1年目) ・ 医療用(2年目) ・ 手帳用(1年目) ・ 手帳用(2年目) ・ 手帳で新規				
備考					